Ueber Sarkome des Nasen-Rachenraums
und ihre operative Behandlung.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Hermann Kuß

approb. Arzt aus Marburg.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 25. Januar 1922.

Referent: Prof. Läwen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MARBURG

Buchdruckerei von Joh. Hamel

1922.

Unter Sarkomen des Nasenrachenraums sind in der vorliegenden Arbeit nur die primär malignen Tumoren zusammengefaßt, jedoch konnten die Lymphosarkome Kundrats wegen der großen Aehnlichkeit des klinischen Bildes nicht ganz außer Acht gelassen werden. Die echten Sarkome des Nasopharynx sind ziemlich selten, jedoch häufiger als andere maligne Neubildungen, wie die Statistiken von Ferreri (Rom), Oppikofer und Sendziak nachweisen. Von den verschiedenen Arten der Sarkome sind die klein- und großzelligen Rundzellensarkome die häufigsten. Als Ursprung und Sitz wird am häufigsten das Gewölbe und die Seitenwand des Nasenrachenraums angegeben. Meist beginnen sie an einer Seite und breiten sich nach der anderen Seite hin aus. Die Tonsillengegend scheint dabei besonders bevorzugt zu sein. Die klinischen Symptome dieser Tumoren sind abhängig von ihrer Größe, ihrem Sitz und der Wachstumsrichtung. Sie sind nasale Sprache, Geruch- und Geschmacksinnstörungen und bei zunehmendem Wachstum Schluckbeschwerden und schließlich Erstickungsanfälle; in anderen Fällen Mittelohrentzündungen und Schwerhörigkeit, außerdem Funktionsstörungen von Seiten der Nerven an der Schädelbasis. Heftige Blutungen sind häufig, zum Teil erstes Symptom der Erkrankung. Prognose ist sehr ungünstig. Zur Casuistik der Nasenrachentumoren wird folgender Fall, der in der Chirurgischen Klinik Marburg beobachtet wurde, beschrieben.

24jähriger Patient, früher nie ernstlich krank, klagt seit Februar dieses Jahres über Schluck- und Atembeschwerden. Ende März wurde ihm eine wallnußgroße Wucherung aus der Nase entfernt, acht Tage später Bestrahlung der Nase und des Rachens. Beschwerden nehmen zu, 2 mal schwere Blutungen aus der Nase. 25. Mai Aufnahme in die Klinik

in stark reduziertem Ernährungszustand mit nasaler Sprache und stark vorgebuchtetem weichem Gaumen. Starker Fötor ex ore. Hinter linkem Ohr hühnereigroße derbe Geschwulst, an rechter Halsseite nur einige verhärtete Cervicaldrüsen. Sensibilitätsstörungen im Bereich des Nervus maxillaris lks. Nach einigen Wochen sind die Drüsenmetastasen stärker gewachsen, Schlucken wird unmöglich, daher Sondenfütterung und am 7. 6. Operation. Entfernung des Tumors nach Spaltung des weichen Gaumens mit dem scharfen Löffel. Dabei zeigt sich, daß der Tumor das Keilbein durchsetzt hat. Atmung und Schlucken sind post operationem freier geworden. Die Metastasen an beiden Halsseiten wachsen schnell weiter, der Versuch, sie am 25. 6. operativ zu entfernen, gelingt wegen des Einschlusses der großen Gefäße nicht. Mitte Juli treten Funktionsstörungen von Seiten der Augennerven und starker Exophthalmus lks. ein. Der Tumor im Rachenraum ist wieder stärker gewachsen, führt zu neuen Erstickungsanfällen und macht Tracheotomie notwendig. Trotz Röntgen- und Radiumbestrahlungen verschlechtert sich der Zustand täglich. Die Halsmetastasen abszedieren. Exitus am 24. 8. Autopsie ergibt: Sarkoma rotundozellulare pharyngis cum infiltratione sarkomatosa ossium baseos cranii, pachymenigae orbitae sinistrae. Sarcomata metastatica lymphoglandularum colli.

Der Tumor ist vom Rachendach ausgegangen, ins Lumen und durch das Keilbein in das Schädelinnere vorgedrungen und hat sich an der Schädelbasis besonders nach links in die Orbita ausgebreitet. Die Metastasen in den regionären Lymphdrüsen sind verhältnismäßig früh entstanden und zwar auf dem Lymphwege, was bei dem reichlichen lymphatischen Gewebe des Nasenrachenringes doch häufiger vorzukommen scheint, wie auch Finzi, Oppikofer und Kaufmann hervorheben. Dafür spricht ein zweiter im Landeskrankenhaus Braunschweig beobachteter Fall, der noch nicht abgeschlossen ist. Es handelte sich um einen 14jährigen Patienten, der im September diesen Jahres an Schluck-

beschwerden erkrankte und Mitte Oktober mit etwa kinderfaustgroßer Tonsille und mehreren wallnußgroßen Drüsenmetastasen der rechten Halsseite ins Krankenhaus eingeliefert wird. Probeexcision ergibt Rundzellensarkom. Therapie: am 30. 11. und 1. 12. Röntgenbestrahlung durch den Mund und von außen. 8 Tage später sind der Tumor und die Drüsenmetastasen völlig geschwunden.

Die Behandlung der Nasenrachentumoren ist eine unblutige — Elektrolyse, Röntgen- und Radiumbestrahlung — und die operative. Meist wird eine kombinierte, chirurgische und unblutige Therapie versucht werden müssen, da die Fälle nur selten im Anfangsstadium zur Beobachtung kommen. Von den Operationen zur Entfernung der Tumoren des Nasenrachenraums sind am häufigsten die Methoden von Kocher und Partsch angewandt worden, die den Tumor auf intrapharyngealem Wege in Angriff nehmen, ohne größere äußere Weichteilverletzung. Als das beste Verfahren bezeichnet Gerber die Denkersche Operation, deren Vorteil darin besteht, daß sie in Lokalanaesthesie ausgeführt werden kann. Unter den Methoden, die vom Halse aus den Tumor in Angriff nehmen, sind die Pharyngotomia suprahyoidea transversa, von Jeremitsch 1895 zuerst angegeben, und die Methode von Rüdiger (Wien) beschrieben. Trotz aller Operationsverfahren wird die Prognose eine schlechte bleiben. Sie gehört zu den düstersten von malignen Tumoren überhaupt.